

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者・事業主記入用）
（医療機関受診状況・勤務状況等）

被保険者氏名	
--------	--

被 保 険 者 記 入 欄			
症状が出た日	年 月 日	新型コロナウイルス感染症 健康相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 (時 頃)
①医療機関の受診状況	1. 受診した 2. 受診していない		
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	年 月 日		
③症状（期間などを具体的に） (①で「受診していない」と回答した場合)			
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務できなかった日数 <small>新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり 感染が疑われる場合を含む）によらない休暇又は 勤務予定がなかった日は除く。</small>	日
⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等 の支払を受けましたか。または、今後受 けられますか。	1. はい 2. いいえ		
⑦⑥で「はい」と回答した場合、その給与 等の額と、その報酬支払の対象となった (なる) 期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額：円) 円	

※上記①において「受診していない」と回答した場合は、
下記の事業主記載欄について事業主の証明が必要です。

事 業 主 記 入 欄			
年 月 日			
上記③～⑦の内容について、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名 (印)			
担当者氏名		電話番号	